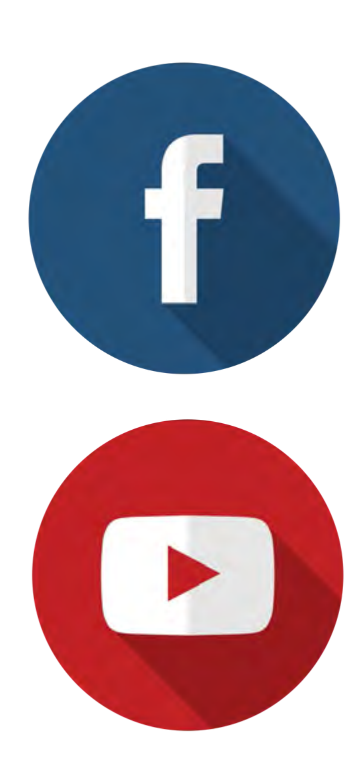

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE





Les ABRT

l'accident le plus frqt en obstétrique.

I ABRT spontannées :

Expulsion du produit de concept° sans intervent° extérieure avant la période de viablité = avant 180 j de gsse = 28 SA = 6 mois.
OMS < 22 SA ou < 500 g.

- ABRT précoce+++ = T1 = < 12 SA
- ABRT tardif = T2 > 12 SA
- ABRT complet : totalité de l'oeuf est évacué
- ABRT incomplet : il reste du tissu ovulaire en intra utérin (surtt après 10 SA)
- ABRT infra clinique ou ultra précoce : très frqts au cours des 10 premiers J de gsse avt que ♀ sache qu'elle est enceinte
- ABRT manqué ou traînant : rétent° du produit de concept° > 3 sem in utéro.
- oeuf clair : ∅ E° ds sac ovulatoire
- ABRT spontané à répétit° ou mdie abortive. succession de 3 ABRT spont ou ⊕ sans gsse intercalée menée à terme
  ≠ ABRT spontané isolé ou accidentel

Etiologies :

- Causes gles : diabète, Σd vasculo-rénal, dysthyroïdie, mdie de syst, cardiopathie, hémopathies, anémies sévères
  (↓ ABRT à répétit°)
- Causes infectieuses : ABRT lié à hyperthermie + virulence germe
  ⚠ tt F° pdt gsse est listériose jusqu'à preuve du ≠
- causes endocrines : insuff lutéale, hypothyr, hyper androgénie
- aberrat° chromos : T1+++, risque ↗ avec âge avancé de la ♀
  ↳ de nbre (trisomie, triploïdie, monosomie) ou de structure (translocat°, délét°, mosaïque)
- causes utérines : anlies du myomètre (hypoplasie, hypotrophie, malf°, myomes)
  " " endomètre (endométrite, synéchies)
  " " col (BCI cong / acquise)
- causes ovulaires : GG, hydramnios
- autres : trauma, tabac, mauvaises CSE, gsse sur DIU, âge + profession, idiopath
  iatrogène après amniocentèse, chimio ou irradiat° abd

⚠ ABRT précoce = 2 causes { aberrat° chromos ; insuff lutéale }

⚠ ABRT tardif { BCI ; malf° utérines }

Clinique :

	ABRT précoce	ABRT tardif.
menace d'ABRT	• MTR faible abondance. • DL pelviennes discrètes à type dysménorrhée. * à l'examen: utérus gravidique, col fermé gravidique aucune évacuat° de débris de gestat°. ⇒ écho endo-vag + dosage BHCG et cinétique ⇒ vitalité de l'oeuf? * Signes mauvais Pc: - sac gestationnel < âge gsse. - " " > E°. - sac ∅ format° E° (oeuf clair) - MAF anles ⇒ contrôle écho après 10j pour déterminer l'évolut° de gsse. • évolut° → favorable ⇒ ∅ DL ∅ MTR ↳ défavorable ⇒ aggravat° → expulsion BHCG ↓↓	• MTR d'abondance variable. • DL pelviennes à type de CU +/- pesanteur, DL lombaires * à l'examen : CU ⊕, MAF ⊕, +/- BCF . TV: OCI fermé, utérus gravidique • écho: gsse évolutive selon terme
ABRT en cours ou inévitable	• MTR de + en + imp. • DL à type de colique expulsive * à l'examen: OCI ouvert + MTR +++ +/- caillots expulsion en 1tps: poche à paroi transparente + liq claire +/- E° coiffée par trophoblaste.	Évolut° comme un mini-accoucht (expulsion en 2tps) • DL plus intenses à type de CU impliquant une modificat° du col • les mb se rompent ⇒ la P° est perçue
ABRT réalisé	• MTR minimes • col fermé, utérus de taille subnle	• expulsion d'un foetus souvent vivant puis placenta. • souvent l'expulsion est incomplète

⚠ Rétent° ⇒ MTR persistent + col ouvert

Dc ≠ : (autres causes d'Hgie T1 et T2)

- ABRT provoqués
- Forme pseudo abortive de la GEU (expulsion d'un caduque) écho ⇒ annexe, BHCG
- GG avec lyse d'un jumeau.

⚠ Tt MTR du T_1 est une GEU jusqu'à preuve du ≠

- môle hydatiforme (ABRT cataclysmique, très hémorragique, ∃ vésicules)
- Hgie d'origine cervico-vaginale: polype, cervicite, néo du col.

Cplct° :

- les infect° = la plus redoutable (endométrite, salpingite, pelvipéritonite) lorsqu'il ∃ rétent° trophoblastique.
- Hgie → état de choc
- Iso-immunisat° Rh si mère Rh⊖.
- synéchies utérines (rare)

(CAT:) ** Devant tt MTR du T1, il faut :
- vérifier les ATCDs +++
- affirmer + localiser gsse
- vérifier la vitalité de l'oeuf.
- groupage sg (Rh + RAI)
- établir Pc et traiter par la suite.

- menace d'ABRT :
  - → Précoce : - Repos + abstinence
    - antispasmodiques
    - Progestérone
  - → tardif : - traiter l'étiologie (infect° (→ ATB), anémie, insuff lutéale)
    - cerclage si BCI

- ABRT en cours : - Ⓗ° + mise en condit° (bilan bio, remplissage, ...)
  - vérifier la vacuité utérine (écho)
    - Avant 10SA → généralemt expulsion est complète, et en 1 seul tps.
    - Après 10SA → ABRT en 2 tps → si rétent° = curetage évacuateur hémostatique
    - ABRT T2 → révision utérine par curage bidigital (préférable chq fois qu'il est possible).
  - + perf ocytoc
  - + ATB prophylaxie
  - + Produit d'ABRT adressés systématiquemnt à l'anapath.
  - + sérum anti D si Rh⊖.
  - si ABRT infectieux → ATB avant geste

- gsse arrêtée (rétent° d'oeuf mort) : évacuat° après déclencht aux ocytociques ou PG
  + Bilan hémostase (passage thrombo plastines)

- devant une mdie abortive : enquête étiologique :
  - Interrogatoire + examen gle + ex gynéco.
  - ex compl →
    - niveau 1 : explorat° utérine (écho, HSG, HSC) + caryotype du couple)
    - " 2 : explorat° immunitaire, étude hémostase, bilan hormonal, spermogramme
    - " 3 : étude complète de l'hémostase, étude cytogén, endomètre, ..

II) ABRT provoqués : ABRT traumatique, criminel, clandestin.

interrupt° volontaire de gsse normalemt évoluée ds buts criminels. avant 6 mois

⇒ Cplct° fréquentes + redoutables ⇒ mortalité maternelle
+ séquelles engageant l'avenir obstétrical et gynéco.

Agents abortifs : but ⇒ rompre PDE + déclencher CU ou décollemt de l'oeuf
infect° de l'oeuf après son ouverture ↗ cplct° Hgiques.

- mécaniques : ← les plus efficaces, les plus surs, mais les plus dangereux
  agissent par traumatisme ⇒ conséq maternelles : infect°, trauma cervical, trbles neuro.
- Chimiques : caustiques ou toxiques. ⇒ risque d'infarctus utérin, brulûres du vagin + col

Clinique : tt ABRT fébrile est à déclarat° obligatoire

- MTR → sg rouge ou noir.
- écoulemt du LA fétide ou purulent.
- DL pelviennes type colique expulsive.
- EG en fct° des pertes sg et l'importance de l'infect°.
- rechercher systématiquemt et minutieusemt les lésions associées.
  + cplct° (infectieuses et Hgiques)
- TV pour préciser le stade ABRT : menace ou ABRT en cours.
- expulsion en 2 tps + rétent° est frqte, source de cplct° infectieuses + Hgiques.

Cplct° :

- Hémorragiques = suite à rétent° partielle ou totale (CIVD).
- infectieuses = endométrite → salpingite Â → pyosalpinx → pelvi péritonite.
  Toxi-infect°, tétanos.
- phlébite pelvienne.
- cplct° traumatiques = perforat° utérine ⇒ repos + poche de glace sur le ventre + ATB ou chir si plaie imp.
  plaies ou brûlures cervico-vaginales.
- infarctus utérin ⇒ rare mais mortel si ∅ TRT ; suite à l'utilisat° d'eau savonneuse → nécrose Hgique (TRT : Réa + hystérectomie)
- accidents neuro :
  - Précoces : syncope → quadriplégie, IIaire à embolie gazeuse.
  - Tardifs : thrombus veineux intra crânien
    ↓
    crises convulsives, trbles psychiques.
- à long terme :
  - DL pelviennes chroniques en rapports avec les adhérences (séquelles des infect°)
  - trbles de la fonct° de reproduct°
  - rupture spont d'utérus gravide fragilisé par cicatrice de perforat°
  - séquelles psychiques (ss° de culpabilité)

Scanned by CamScanner



- H° + repos + poche de glace sur le ventre.
- bio : FNS, grpage, bilan infectieux.
- prlvts des écoulemts vaginaux.
- sérothérapie + vaccin antitétanique.
- ATB large spectre
- apprécier la vitalité foetale
  - ✓ ⇒ menace simple = améliorat° clinique
  - X ⇒ peu ou ∅ améliorat° clinique.
    - écho → ∅ AC
    - βHCG → ↓
    - le col s'ouvre → expulsion

  ⇒ évaluer la vacuité + curage / curetage. après apyrexie
- traiter les infect° loco-régionales : rechercher l'agent abortif utilisé + rechercher germe en cause. parfois peut aller jusqu'à chir

⚠ Ne jamais faire des manoeuvres endo-utérines en cas de F° sauf si Hgie cataclysmique.